

Swiss Life Belgium SA
Avenue Fonsny, 38
1060 Bruxelles
Téléphone : +32 (0)2 238 88 11
Fax : + 32 (0)2 238 89 83
RPM 0403.280.171
Tribunal de commerce de Bruxelles
www.swisslife.be

Formulaire de souscription Swiss Life FondsPerformance 2008 I

Coordonnées de l'intermédiaire

Nom :
CBFA n° : Numéro Swiss Life :
Rue : N° : Boîte :
Code postal : Localité :
Tél. :

Preneur d'assurance/assuré :

Nom : Prénom : Homme Femme
Etat civil : Marié(e) ou cohabitant(e) légal(e) Célibataire Divorcé(e)
 Veuf-veuve Autre.....
Profession :
Adresse : N° : Boîte :
Code postal : L L L L Localité :
Date de naissance : L L / L L / L L N° de carte d'identité : L L L - L L L L L L L - L L
N° de téléphone : L L L L L L L L L L N° de compte bancaire : L L L / L L L L L L L L / L L

Bénéficiaire en cas de vie : Le preneur d'assurance
Bénéficiaire en cas de décès : Mon conjoint, à défaut mes enfants, à défaut mes
parents, à défaut mes héritiers légaux
 Autre :

Entreprise d'assurances agréée sous le n° de code 167 pour pratiquer les branches vie 21, 22, 23 et 27, la branche 26 capitalisation ainsi que toutes les branches IARD sauf crédit, caution et assistance (A.R. 29.3.79 – 18.1.82 – 17.10.88 – 30.3.93 – M.B. 14.7.79 – 23.1.82 – 4.11.88 – 7.5.93 – 10.8.03) – ING : 310-1801672-80 - BIC : BBRUBEBB – IBAN : BE47 3101 8016 7280.

1 0 3 – 0 1 7 0 1 9 4 – 2 7

Swiss Life

1 0 3 – 0 1 7 0 1 9 4 – 2 7

Swiss Life

Avenue Fonsny 38

1060 Bruxelles

*** 410/0000/00326 *** Nom :

Oui, je souhaite verser dans **Swiss Life FondsPerformance 2008 I** un montant de:

Investissement net (5 000 EUR min.)EUR
+ Frais forfaitaires	75 EUR
+ Frais variables (3%) EUR
+ Surprime ¹EUR
<hr/>	
Sous total EUR
+ Taxe (de 1,1 %)EUR
<hr/>	
Total EUR

Ce versement doit être enregistré sur le compte de Swiss Life Belgium au plus tard le **lundi 30 juin 2008** au moyen du **bulletin de virement** ci-joint ou par un autre virement au nom de Swiss Life Belgium avec mention de la communication structurée *** 410/0000/00326 ***. Le paiement par chèque n'est pas autorisé.

Une attestation officielle de votre identité et de votre adresse est jointe au présent formulaire de souscription. A défaut de ce document, le contrat ne pourra pas être conclu.

Voir le feuillet joint relatif aux communications pour les mentions légales et la signature.

¹ Pour les personnes qui ont leur 70^e anniversaire avant le 7 juillet 2008, une surprime pour la couverture du risque de décès sera calculée par Swiss Life Belgium.

Swiss Life Belgium SA
Avenue Fonsny, 38
1060 Bruxelles
Téléphone : +32 (0)2 238 88 11
Fax : + 32 (0)2 238 88 99
RPM 0403.280.171
Tribunal de commerce de Bruxelles
www.swisslife.be

Formulaire de souscription (suite) : communications Swiss Life FondsPerformance 2008 I

1. Le présent document est une proposition d'assurance qui n'engage ni le preneur d'assurance ni Swiss Life Belgium à conclure le contrat. La signature de cette proposition ne fait pas courir la couverture. Si, dans les trente jours de la réception de la proposition d'assurance, Swiss Life Belgium n'a pas notifié au candidat preneur, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance au résultat favorable d'une enquête supplémentaire, soit le refus d'assurer, elle s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. Aucune prime ne peut être encaissée avant la conclusion du contrat d'assurance.

2. Outre la réponse complète au questionnaire médical, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant des éléments d'appréciation du risque pour l'assureur. Le preneur d'assurance est seul responsable des inexactitudes et omissions éventuelles dans la déclaration du risque. Il certifie que les réponses aux différents questionnaires sont sincères et complètes. Le preneur d'assurance reste responsable de l'entière exactitude des réponses, alors même que celles-ci auraient été inscrites par un intermédiaire ou toute autre personne. Toutes omissions ou inexactitudes intentionnelles rendent le contrat d'assurance nul.

3. La personne à assurer autorise expressément le médecin-conseil de Swiss Life Belgium à prendre auprès des médecins qui la soignent ou l'ont soignée, ainsi qu'auprès d'autres personnes, des informations sur son état de santé.

4. La personne à assurer marque accord sur le fait que Swiss Life traite les données médicales mentionnées au contrat, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers. Vous marquez cependant accord pour que nous communiquions ces données, pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale. En signant le présent contrat, l'assuré manifeste son accord irrévocable pour que son médecin traitant délivre une attestation indiquant la cause du décès au médecin conseil de Swiss Life Belgium, conformément à l'article 95 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

5. En cas de changement de son état de santé survenant après la signature du présent document et avant l'émission de la police, le preneur s'engage à en informer immédiatement Swiss Life Belgium qui se réserve le droit de refuser l'affiliation ou d'exiger une surprime.

6. Swiss Life Belgium se réserve le droit de réclamer le remboursement des frais de l'examen médical si le candidat preneur d'assurance, malgré l'acceptation du risque, ne souscrit pas le contrat ou le résilie dans les trente jours à compter de sa prise d'effet.

7. Dans le cadre de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, les données à caractère personnel mentionnées au contrat peuvent être traitées par Swiss Life Belgium, en tant que responsable du traitement, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général. Vous pouvez vous opposer expressément à toute forme de marketing direct. Le Registre public des traitements automatisés (tenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée) peut être consulté et le preneur a un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel. Nous ne communiquerons ces données à des tiers qu'en cas d'obligation légale, ainsi qu'à Datassur G.I.E. (Square de Meeûs, 29, à 1000 Bruxelles) pour la gestion des risques.

si vous vous opposez expressément à toute forme de marketing direct, veuillez cocher cette case.

8. Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales.

Déclaration du preneur d'assurance

Les dispositions légales et réglementaires nous obligent à vous demander une réponse complète et précise à chacune des questions posées ci-dessous.

	Oui	Non
1. Avez-vous actuellement des contrats d'assurance-vie auprès d'une autre compagnie. Si oui, laquelle ? Capital en cas de décès ? L L L L L L L L L L , L L L EUR Rente en cas d'invalidité ? L L L L L L L L L L , L L L EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous l'intention de résilier ce contrat ? Si oui, pour quel motif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aviez-vous antérieurement une assurance-vie que vous avez résiliée ? Si oui, quand ? L L / L L / L L Pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Déclaration de bonne santé		
<input type="checkbox"/> La personne à assurer déclare formellement être en bonne santé et n'être – ou n'avoir été au cours des cinq dernières années – atteinte d'aucune maladie chronique ou grave, qui a nécessité un traitement médical régulier. De plus, la personne à assurer n'a pas dû, au cours des cinq dernières années, interrompre ses activités professionnelles pendant plus de trois mois à la suite d'une maladie ou d'un accident. Par ailleurs, la personne à assurer n'a pas souscrit d'assurance vie moyennant conditions spéciales ou ne s'est pas vu refuser la souscription d'une telle assurance. Elle n'a aucune remarque particulière à formuler quant à son état de santé.		
<input type="checkbox"/> La personne à assurer ne peut répondre par l'affirmative à la présente déclaration de bonne santé et complète alors un questionnaire médical.		
5. Questions en exécution du règlement de la CBFA du 22.11.2004		
Avez-vous exercé ou exercez-vous encore un mandat politique ou une fonction publique au plan régional, national ou international ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos parents, enfant(s) ou conjoint ont-ils exercé ou exercent-ils encore un mandat politique ou une fonction publique au plan régional, national ou international ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuez-vous le paiement de la prime en débitant votre propre compte en banque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agissez-vous pour votre propre compte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà effectué une opération similaire pour un montant équivalent ou supérieur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelle est l'origine des fonds investis (capital provenant d'investissements à l'étranger ou en Belgique, vente d'un immeuble ou d'une entreprise, héritage ou donation, revenus d'une activité professionnelle, autres ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		

Le preneur d'assurance déclare avoir lu et approuvé les dispositions reprises dans le présent document. Le preneur d'assurance certifie que les réponses figurant dans la présente proposition d'assurance sont sincères et complètes, même si elles ont été complétées par un tiers.

Le preneur déclare avoir reçu l'information complète relative au contrat, une copie conforme de la présente proposition d'assurance, ainsi qu'un exemplaire des conditions générales et particulières.

Questionnaire médical : joint suivra sans objet

Fait à, le / / Le preneur d'assurance :